

Broj štete _____ Protokol _____

PRIJAVA ŠTETE PO OSNOVU PUTNIČKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Broj police _____

Period važenja _____

Ime i prezime _____

JMBG oštećenika **Adresa:**

Grad _____ Općina _____ Poštanski broj _____

Ulica i broj _____ Kontakt telefon _____ E-mail _____

Za malodobne osobe, ime i prezime jednog roditelja _____

JMBG roditelja **Adresa roditelja:**

Grad _____ Općina _____ Poštanski broj _____

Ulica i broj _____ Kontakt telefon _____ E-mail _____

Za putovanje u grupi, ime i prezime/naziv nositelja police _____

PODACI O NASTANKU ŠTETNOG DOGAĐAJA

Datum početka putovanja u inostranstvo _____ Datum nastanka osiguranog slučaja _____

Mjesto (država i grad) nastanka osiguranog slučaja _____

Detaljan opis nastanka osiguranog slučaj (uzrok, na koji način, pri kojim aktivnostima, na kojem mjestu, sa kojim posljedicama ...)

Da li se povrijeđena osoba javila liječniku nakon nastanka osiguranog slučaja? Da Ne

Naziv i adresa zdravstvene ustanove _____

Posljedica / uspostavljena dijagnoza _____

Da li se osoba obraćala Mondial Assistance? Da Ne

Navedi precizno: datum i vrijeme _____

Da li je neko po ovom štetnom događaju i po ovom osnovu vršio plaćanje troškova (potpuno ili djelimično)? Da Ne

Ukoliko jeste, navesti ko _____ koji iznos _____

Da li je osoba prije ovog putovanja pretrpjela ozljedu/bolovala bolest? Da Ne

U SLUČAJU SMRTI OSIGURANIKA

Ime i prezime korisnika _____

JMBG korisnika

Adresa:

Grad _____ Općina _____ Poštanski broj _____

Ulica i broj _____ Kontakt telefon _____ E-mail _____

Kada je izvršena repatrijacija - prevoz posmrtnih ostataka u BiH?

PODACI ZA ISPLATU ODŠTETE

Isplatu izvršiti: Oštećeniku Roditelju Korisniku Mondial Assistance

Naziv banke oštećenika/roditelja/korisnika _____

Lični račun u banci / Transakcijski račun

Transakcijski broj banke

DOKUMENTACIJA KOJA SE PRILAŽE UZ PRIJAVU - ORIGINALNA ILI OVJERENE KOPIJE

Lična karta Polica Za malodobne osobe - rodni list i LK roditelja Spisak putnika Medicinska dokumentacija
 Računi za troškove liječenja Računi za troškove repatrijacije Bankovna kartica/račun Ostalo _____

Pod punom moralnom, materijalnom i krivičnom odgovornošću izjavljujem/o da su navedeni podaci tačni i istiniti. Ovlašćujem/o ASA OSIGURANJE DD da se za obavještenje o zdravstvenom stanju oštećenika i ispravnosti odgovora može obratiti svim zdravstvenim ustanovama, a ove ljekare ovlašćujem da mogu dati tražena obavještenja bez moje posebne saglasnosti. Također izjavljujem/o i da su svi podaci o primatelju odštete i bankovnom računu na koji će se izvršiti uplata tačni i istiniti.

Na koji način želite da vršite komunikaciju sa Asa Osiguranjem tokom obrade zahtjeva?

Telefon - sms poruka E-mail Pošta Drugi način _____

Mjesto i datum prijave

Podnositelj